

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Julien ABITEBOUL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien interne de l'Hôpital Rothschild.

Né le 20 mars 1910, à Oran (Algérie).

Contribution à l'étude des "Méningites Herpétiques"

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Julien ABITEBOUL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien interne de l'Hôpital Rothschild.

Né le 20 mars 1910, à Oran (Algérie).

**Contribution à l'étude des
"Méningites Herpétiques"**

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIASSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNéo.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
Urologie.	JOANNON ... Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.

PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
WEIL-HALLÉ
RUPPE

Education physique.
Radiologie clinique.
Puériculture.
Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152012_0002

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Dont la vie fut faite de travail, de
probité et d'abnégation, et à qui ce
jour eût apporté une grande joie.*

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR ALICE

*En souvenir de l'affection que je lui
portais.*

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE VENEREE

*Qui m'entoura toujours de sa ten-
dresse.*

A MA MERE

*Modeste témoignage de mon im-
mense affection.*

A TOUS LES MIENS

A MON EXCELLENT AMI MAURICE PARIENTÉ

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de clinique de la Tuberculose.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse.*

*Hommage très respectueux de notre
grande reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR LEVADITI

Professeur à l'Institut Pasteur.

Chef de laboratoire à l'Institut Alfred Fournier.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a réservé un accueil très
aimable et nous a guidé de ses pré-
cieux conseils. Hommage respectueux
de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. ZADOC-KAHN

Médecin en chef de l'Hôpital Rothschild.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre grande reconnaissance pour
son enseignement clinique et sa bien-
veillance. Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G.-A. WEILL

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Rothschild.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a guidé dans cet ouvrage
par ses conseils de tous les instants.
Témoignage de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD

Médecin de l'Hôpital Ambroise Paré.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui a eu l'extrême obligeance de
nous donner ses observations person-
nelles.*

*Remerciements pour son accueil
bienveillant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. WALTHER
Accoucheur en chef de l'Hôpital Rothschild.

*En témoignage de notre gratitude
pour son précieux enseignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. HUFNAGEL
Dermatologiste de l'Hôpital Rothschild.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. MACHTOU
Médecin de l'Hôpital Franco-Musulman.
Chef de Service à l'Institut Prophylactique.
Officier de la Légion d'Honneur.

*Modeste témoignage de notre gra-
titude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'ALGER
ET DE PARIS

M. LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL (*in memoriam*).
M. LE PROFESSEUR COSTANTINI,
M. LE PROFESSEUR LOMBARD.
M. LE PROFESSEUR LEREBOULLET.
M. LE DOCTEUR HALBRON.
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.
M. LE PROFESSEUR DUVAL.
M. LE DOCTEUR CARRIÉ.

A MM. LES DOCTEURS
HERZ, ASTRUC, LÉVY-LEBHAR, FERNAND LÉVY,
FRIEDMANN, PECKER, TIMSIT

INTRODUCTION

L'apparition d'un herpès cutanéomuqueux vrai, précédant ou accompagnant des phénomènes méningés bénins, est un fait relativement rare.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas au cours duquel la brièveté et le peu de gravité de la réaction méningée, son parallélisme clinique avec l'apparition d'herpès, nous ont frappé et ont paru mériter une étude.

La notion des méningites lymphocytaires curables, d'étiologie encore inconnue, rend le problème intéressant, mais complexe, en raison du développement peu prononcé de l'expérimentation.

Pourtant, les nombreux travaux actuels sur les virus neurotropes, et en particulier sur celui de l'encéphalite épidémique, paraissent éclairer la question sous un jour nouveau.

N.-B. — Nous emploierons d'emblée, pour des raisons de commodité et de clarté le terme de « méningites herpétiques », et nous essayerons ensuite de la légitimer.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

recueillie à l'Hôpital Rothschild.

(parue dans la *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, décembre 1934) en collaboration avec M. le D^r G. WEILL.

Mme F... F., 34 ans, présente une crête de la cloison, obstruant la narine gauche, et particulièrement gênante.

La résection en est pratiquée sous anesthésie locale sans infiltration, le 12 juillet 1934. Pansement hémostatique par doigtier de caoutchouc.

Vers 13 heures, la réaction habituelle se produit : céphalées, irradiations douloureuses vers les dents, l'oreille, léger suintement sanguinolent, un peu de dysphagie.

Le 13 juillet, détamponnement sans incident, bon état local et général. Mais le soir même, la malade se sent fébrile et s'alite.

Le 14, au réveil, douleurs diffuses, céphalée violente, frontale, la nuque est douloureuse; la malade a des nausées, sans vomissements.

On l'admet à l'hôpital (service de M. le D^r ZADOC-KAHN).

A l'examen, le faciès est rouge, les yeux brillants et larmoyants. La moindre palpation est douloureuse, surtout au niveau des masses musculaires.

On note de la raideur, et un signe de Kernig net. Température : 39°2; pouls en rapport. Urines normales. Réflexes tendineux rotulien et achilléen faibles à gauche, nuls

à droite. Motilité conservée. Pas de Babinski. La malade présente une légère photophobie, mais les pupilles sont égales et réagissent normalement. Pas de nystagmus; aucune paralysie oculaire. Abdomen souple, légère constipation.

La gorge est rouge uniformément, avec adénopathie sous-maxillaire assez douloureuse.

On pratique une ponction lombaire qui donne un liquide eau de roche, coulant en gouttes pressées.

Le 16, la malade a moins de céphalées. Des vésicules d'herpès apparaissent nettement sur les deux amygdales, plus abondantes à droite. Température 37°5.

Le 19, température 37°3, mais la malade se plaint d'une grande lassitude dans les jambes.

Les réflexes tendineux sont maintenant normaux. Pas de Babinski.

On remarque alors un léger strabisme de l'œil gauche, accentué par le regard à gauche, indiquant une paralysie du VI^e gauche.

La céphalée a réapparu. On pratique une ponction sous-occipitale qui donne un liquide eau de roche. Dans les jours qui suivent, l'angine herpétique guérit, l'état général se rétablit, la température reste normale. La paralysie du VI s'atténue.

La malade sort de l'hôpital le 27 juillet.

Trois mois après, il persiste encore un peu de céphalée, une très légère parésie oculaire (VI) et des troubles de la sensibilité cutanée à caractère causalgique : le contact des draps au voisinage des orteils est parfois pénible.

Nous avons revu la malade tout récemment, et elle était en parfaite santé, sans aucune paralysie oculaire.

— Antécédents : pas d'herpès cataménial. Angines à répétition. A fait il y a 6 ans une angine avec vésicules blanches, température à 40°, courbatures sans céphalée, et traitée par le bleu de méthylène. Aurait eu alors une légère sinusite.

— Résultats des ponctions lombaires : 1° liquide clair, sans culot. 0,9 lymphocytes par millimètre cube.

Albumine : 0,18. Sucre : 0,50. Aucun microbe visible ni cultivable.

2° Liquide clair. Eléments figurés : 1,3 (lymphocytes 90 %, polynucléaires 10 %).

Albumine 0,19; sucre 0,50. Pas de microbes.

OBSERVATION II.

recueillie dans le service de M. le Docteur MONIER-VINARD.

M. P... H., 32 ans, trouvé sans connaissance dans le Bois de Boulogne, à côté de sa bicyclette, ne garde de sa chute qu'une ecchymose occipitale sans plaie du cuir chevelu ni lésions osseuses apparentes.

Le malade est admis en chirurgie. Il reprend alors connaissance et se plaint d'une violente céphalée.

On pratique le 3 novembre 1932, jour de son entrée, une ponction lombaire qui donne un liquide clair. On le passe alors en médecine.

On apprend à l'interrogatoire que le malade était en parfaite santé et avait travaillé le jour-même de sa chute. Il se souvient d'avoir pris sa bicyclette pour rentrer chez lui, mais ne garde aucun souvenir de la chute.

Dans ses antécédents, on ne retrouve qu'une pleurésie sèche qui aurait duré 12 jours.

A l'examen, le malade présente un bon état général, est tout à fait lucide et répond parfaitement aux questions. Température à son entrée : 38°9. Il se plaint de céphalée. Mais on ne retrouve aucun autre signe méningé. Les réflexes tendineux sont normaux. Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Pas de paralysie oculaire.

Mais la bouche semble déviée, et on décèle pendant les mouvements une légère parésie faciale gauche.

Le 4 novembre, lendemain de son entrée à l'hôpital, on voit apparaître sur les lèvres, de nombreuses vésicules d'herpès, prédominant à droite. On sent un ganglion sous-maxillaire à droite.

Température, 37°3.

Le 5 novembre, température 38°2.

Dans les jours qui suivent, les céphalées s'atténuent, et la température redevient normale.

Le malade sort guéri le 16 novembre.

— Résultat des ponctions lombaires :

3 novembre : liquide clair. 25 lymphocytes par mmc., pas de polynucléaires.

7 novembre : liquide très légèrement louche, contenant un peu de sang. 3,9 lymphocytes par mmc.

Albumine, 0,25.

Wasserman négatif. Ensemencement négatif.

— Formule sanguine :

Globules rouges : 4.892.000.

Globules blancs : 10.800.

51 poly, 7 lympho, 38 mono, 3 éosino, 1 f. trans. .

OBSERVATION III.

recueillie grâce à l'obligeance de M. le Docteur MONIER-VINARD

M. R..., 16 ans, d'habitude bien portant, est pris soudainement, le 18 septembre 1924, de céphalée violente avec température à 40°.

Le lendemain, même température, céphalées, vomissements. Agitation dans la nuit, subdélire.

Le 4^e jour de la maladie, M. le Docteur MONIER-VINARD, appelé en consultation, constate de l'abattement, de la torpeur. Le malade se plaint d'un violent mal de tête. Température 40°. Photophobie. Raideur de la nuque. Signe de Kernig. (Ces recherches augmentent la céphalée et provoquent des gémissements). Pouls à 90. Aucun trouble des réflexes tendineux et cutanés. Pas de paralysies ni de troubles des sphincters.

Le matin même, éruption importante d'herpès labial et nasal avec petit ganglion à l'angle de la mâchoire.

Abdomen, poumons et cœur normaux.

Absence complète de phénomènes auriculaires. Légère rougeur de la gorge.

— Ponction lombaire : 10 cc. de liquide eau de roche.

Réaction de Pandy négative.

Cytologie : 5 lymphocytes par mmc.

Albumine : 0,30 (procédé de RAVAUT et BOYER, à l'état normal : 0,20).

Sucre : 0,60.

Recherches bactériologiques (B. K., méningocoques) négatives.

— Evolution : la céphalée se calme le jour-même de la ponction lombaire.

Les jours suivants, atténuation rapide et progressive de tous les symptômes méningés et généraux.

Le 10^e jour après le début, température normale, état général excellent.

OBSERVATION IV.

(LÉRI et LIÈVRE. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*).

4 juillet 1930.

M. B..., 28 ans, mécanicien, a été pris le 13 juillet 1928 de céphalées extrêmement violentes.

Sa santé antérieure était parfaite; il n'a aucun antécédent personnel ou familial digne d'être retenu.

Le 13 juillet, il éprouve de la raideur de la nuque, puis une céphalée violente, surtout frontale, accompagnée bientôt de rachialgie intense.

Le 14 juillet, la céphalée est vive; un vomissement; température 39°.

Le 15 et le 16, céphalée persistante, vomissements, constipation; température 39°.

Examiné le 17, il accuse une céphalée très violente, avec paroxysmes atroces; il est parfaitement lucide.

Température 39°, pouls à 95, régulier; urines normales. Contractures très marquées, raideur rachidienne extrême,

signe de Kernig. Pas de paralysies, de troubles sensitifs, de signes oculaires, de modification des réflexes.

Pharynx : angine érythémato-pultacée (pas de méningocoques, ni bacilles diphtériques, ni spirochètes). Légères adénopathies cervicales et occipitales.

Sur la face antérieure de la verge, large placard érythémato-vésiculeux d'herpès typique, récent.

Ponction lombaire : liquide louche, sous forte tension. On injecte séance tenante 40 cc. de sérum antiméningococcique dans le rachis.

— On examine alors le liquide céphalo-rachidien : lymphocytose exclusive. Après légère centrifugation : 1 poly, 260 lymphocytes et quelques mononucléaires. Aucun microbe. Pas de B. K. Ensemencements négatifs.

Inoculation par scarification à la cornée du lapin : pas de kératite, pas d'encéphalite.

Le lapin est mort, 2 mois après, durant notre absence, et son examen n'a pas été fait.

Inoculation sous-cutanée au cobaye : aucun résultat. Le Wasserman dans le liquide céphalo-rachidien est totalement positif, le Hecht positif.

— Sang : globules rouges : 3.900.000; globules blancs : 6.700. Polys 61, lymphos 9, monos grands et moyens 29, myélocyte neutro 1.

Ces renseignements nous parviennent le lendemain, alors qu'une amélioration considérable s'est produite.

Le 18 juillet, température 38°, pouls à 90; la céphalée et la raideur ont diminué.

On s'abstient de tout traitement antiméningococcique ou antisypilitique. L'amélioration se poursuit rapidement.

Le 19 juillet, température 37°, bon état général. La céphalée a disparu. Kernig léger.

Ponction lombaire : liquide clair. Nageotte : 165 (lymphocytose pure).

Convalescence rapide. La lymphocytose diminue progressivement : le 23 : 87 lymphocytes.

Ces réactions de B. W. et de Hecht, répétées plusieurs fois

dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, sont constamment négatives.

Le malade sort guéri le 14 août.

Revu le 11 octobre, le sujet est en parfait état; il a présenté depuis sa sortie deux poussées nouvelles d'herpès génital, sans douleurs ni signes méningés.

OBSERVATION V.

(SENDRAIL. *Pratique Médicale Française*. Octobre 1929).

Le 14 février 1928, cet auteur voit arriver à l'hôpital une jeune femme de 19 ans qui paraît souffrir beaucoup : la malade présente un bouquet d'herpès labial. Aucun antécédent tuberculeux.

La ponction lombaire donne un liquide clair, hypertendu. B. W. négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Les accidents avaient débuté le 8 par un herpès labial. Cette femme n'était jamais sujette à l'herpès. Puis était apparue de la fièvre, avec douleurs lombaires. Les signes méningés dataient du 13.

Le 16, elle présente un strabisme convergent par paralysie du VI droit.

Le 18, la température vespérale n'est plus qu'à 37°9.

Tous les signes se sont amendés; l'herpès se flétrit.

Le 23 et le 24, érythème et arthralgies (on avait injecté par prudence du sérum antiméningococcique sous la peau et dans le rachis, dès le début).

La malade quitte l'hôpital guérie, le 28 février, 20 jours après le début des accidents.

— Analyse du liquide céphalo-rachidien :

720 éléments par mmc. (lymphocytes surtout).

Examen du culot : aucun microbe.

Fontana-Tribondeau négatif.

Recherche de B. K. négative; ensemencement négatif.

B. W. négatif. Pandy positif.

Réaction de Guillain : 00001.

Albumine 1,20; sucre 0,35; chlorures 6,80.

Revue plusieurs mois après, la malade se portait très bien : ni récédive, ni séquelles.

OBSERVATION VI (résumée).

PHILIBERT (*Progrès Médical*, 5 décembre 1923).

Une femme de 32 ans fait une poussée d'herpès buccal, suivie peu après d'une poussée d'herpès vulvaire.

A ce moment, la température monte brusquement à 39°, et un syndrome méningé se constitue, avec céphalées, constipation, contractures intenses.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, hypertendu. 13 lymphocytes; albumine 0,50.

Ensemencement (gélose-ascite, sang gélosé) négatif.

La malade guérit en quelques jours, sans complications, en même temps que l'herpès se dessèche. Aucune séquelle.

OBSERVATION VII (résumée).

NOBÉCOURT, JANET, KERMORGANT et GARCIN.

(*Bulletin de l'Académie des Sciences*, 1925, p. 771).

Une fillette de 4 ans est hospitalisée pour syndrome méningé, avec convulsions, contractures, température très élevée.

La ponction lombaire montre une albuminose et une lymphocytose très marquées, dans un liquide clair. Puis tout s'amende en une semaine.

Mais au 17^e jour survient une éruption à prédominance dorsale, faite de vésicules à contenu clair, puis purulent. Eléments abondants sur la lèvre supérieure.

Le liquide des vésicules, inoculé sur la cornée du lapin, donne une kératite, transmissible à d'autres lapins. Mais

cette kératite diffère par quelques détails (durée d'incubation, atténuation du pouvoir infectant par les passages) de celle que détermine le virus herpétique.

OBSERVATIONS VIII et IX (résumées).

CAUSSADE et LOGRE (*Société Médicale des Hôpitaux*,
19 janvier 1912).

— Un sujet de 33 ans présenta, 2 jours après une fracture humérale, une forte température et des manifestations méningitiques, puis une vésicule d'herpès sur la verge. Le liquide céphalo-rachidien était clair, très hypertendu, stérile. Guérison en 2 jours. Aucune récurrence.

— Une femme de 22 ans présente un état méningé avec éruption d'herpès sur la lèvre supérieure. Ponction lombaire : plus de 80 lymphocytes par mmc. Recherche de B. K. et inoculation au cobaye négatives. Guérison le 12^e jour sans aucune complication.

OBSERVATION X (résumée).

LANCET (*Monde Médical*, 1^{er} décembre 1925).

Deux cas familiaux, survenus chez un garçon de 14 ans et sa sœur de 13 ans, à 18 jours d'intervalle. L'affection débuta chez tous deux par une céphalée très vive, de la prostration, des vomissements.

Pouls ralenti, contracture, signe de Kernig.

La température ne dépassa pas 38°.

Le garçon eut un herpès de la lèvre supérieure, la fille point.

L'affection dura 12 jours chez les deux, et ils furent nettement soulagés par la ponction lombaire.

— Liquide céphalo-rachidien :

Garçon : 13 lymphocytes; Fille : 10; pas de microbes. Albumine normale.

B. W. négatif dans le liquide.

La guérison fut rapide. Seul le garçon garda une lassitude prolongée, qui disparut par la suite.

CHAPITRE II

LA « MENINGITE HERPETIQUE » SES CARACTERES CLINIQUES TELS QU'ILS RESSORTENT DES OBSERVATIONS

D'après les observations publiées depuis plusieurs années, la méningite herpétique survient le plus souvent chez des sujets jeunes, adolescents ou adultes.

Le début éclate brutalement, en pleine santé et se caractérise par une céphalée extrêmement intense, sur laquelle insistent les malades, accompagnée de courbatures et d'une température à 39 ou 40°, avec un signe de Kernig net, et de la constipation.

Ces signes sont quasi-constants. Rares sont les observations où manque le Kernig (obs. II).

D'une façon moins régulière, on voit survenir des vomissements, de l'hyperesthésie cutanée (obs. I, III, V). Les réflexes tendineux peuvent être exagérés (ACHARD), diminués ou abolis (obs. I); ils sont assez souvent normaux.

Le clonus, les troubles du pouls et de la respiration, sont rares, mais ont été signalés (ACHARD, LANCET). Chez l'enfant, on peut noter des convulsions (obs. VII). Les troubles oculaires sont assez fréquents,

moins la photophobie que les paralysies, et avant tout celle du VI. (CAUSSADE, et obs. I, V).

En tous cas, ces paralysies sont transitoires.

L'éruption d'herpès apparaît en général au début ou à la période d'état.

Parfois, elle précède tout symptôme méningé (obs. VI).

Elle est rarement tardive (obs. VII).

C'est un herpès intense et typique, à siège souvent muqueux, atteignant par ordre de fréquence décroissante le bucco-pharynx, les organes génitaux, la face, l'oreille, le nez, et rarement le reste du corps.

Il faut souligner la fréquence de la pharyngite érythémateuse, qui paraît cliniquement indépendante du siège des vésicules herpétiques, et pourrait peut-être jouer le rôle d'une porte d'entrée, ce qui cadrerait très bien avec les données pathogéniques modernes (LEVADITI).

Elle peut être érythémato-pultacée (obs. IV).

Insistons encore sur la nécessité d'examiner la gorge de ces malades, quel que soit le siège de l'herpès.

Le liquide céphalo-rachidien est clair dans la règle, et souvent hypertendu.

La réaction méningée se caractérise par une lymphocytose abondante, pure, et dissociée de l'albuminose qui est légèrement augmentée ou normale.

(Dans une observation d'ACHARD, 209 lymphocytes et 0,50 d'albumine).

CAUSSADE a signalé des chiffres faibles, de 7 à 8

éléments, et même deux cas sans aucune réaction cellulaire.

Ces cas se rapprochent des observations I et III, où les chiffres sont faibles malgré l'intensité des signes cliniques. On peut expliquer cela par le caractère très fugace de la réaction méningée clinique et cytologique.

Quant aux polynucléaires, ils manquent généralement, ou sont noyés dans la lymphocytose.

Parfois plus abondants, ils peuvent aller exceptionnellement jusqu'à donner un épanchement puriforme aseptique (AUBERTIN).

En tous cas, l'absence de microbes, tant à l'examen direct qu'à l'ensemencement, est remarquablement constante.

L'inoculation du liquide céphalo-rachidien — par scarification — à la cornée du lapin (réactif du virus herpétique), a été le plus souvent négative (LÉRI et LIÈVRE, ACHARD, LEVADITI, etc...). Nous en reparlons à propos de l'expérimentation.

Au point de vue sanguin, ACHARD a signalé une légère polynucléose, et l'inversion du rapport sérine-globuline.

La réaction de Bordet-Wassermann est parfois positive dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang (obs. IV), ou seulement dans le sang (LAUBRY), mais de tels cas sont isolés, et la positivité constatée était indiscutablement transitoire, comme le prouvèrent des examens répétés.

Quant à la réaction du benjoin colloïdal, elle a été

rarement pratiquée, ce qui rend difficile une conclusion précise.

ACHARD a noté dans un cas une flocculation du 6^e au 9^e tube (zône méningée).

En résumé, la méningite herpétique est une affection bénigne. Son évolution varie de quelques jours à une semaine; parfois elle atteint une dizaine de jours, rarement plus.

Les vésicules d'herpès qui, dans la plupart des cas, sont apparues les premiers jours, suivent l'évolution des autres signes, et se flétrissent alors que la réaction méningée s'amende.

Les séquelles sont rares. Nous devons cependant signaler que, chez notre malade, il a persisté une très légère parésie du VI gauche, et quelques phénomènes causalgiques, qui ont fini par disparaître.

En somme, la méningite herpétique se caractérise par la brusquerie de son début, le parallélisme clinique entre des phénomènes méningés bruyants et une éruption d'herpès, la rapidité de l'évolution, la bénignité du pronostic, l'absence de séquelles; au point de vue humoral par une lymphocytose nette, pure, dissociée de l'albuminose, dans un liquide céphalo-rachidien aseptique.

CHAPITRE III

L'HERPES AU COURS DES AUTRES MENINGITES

On sait que l'herpès peut accompagner de nombreuses affections. Une telle étude sortirait de notre cadre. Nous n'examinerons ici que le « comportement » des manifestations herpétiques au cours des diverses affections méningées.

Notons tout d'abord la haute valeur diagnostique de l'herpès dans la méningite cérébro-spinale, dont il constitue un véritable signe.

Il faut opposer cette affection à d'autres où l'herpès est rare (formes méningées de la poliomyélite antérieure aiguë, de la spirochétose ictéro-hémorragique, de l'encéphalite épidémique), ou même absent dans la règle : méningites tuberculeuses et syphilitiques, réactions méningées ourliennes, otitiques, rubéoliques.

Parmi toutes ces affections, une seule est vraiment herpétogène : la méningite cérébro-spinale.

Dans cette maladie, l'herpès se comporte-t-il de la même façon que dans les « méningites herpétiques » ?

PHILIBERT établit une séparation nette entre les deux : dans la méningite cérébro-spinale, l'éruption

serait surtout cutanée, peu intense, isolée. Au contraire, dans les méningites herpétiques, elle serait dans la règle muqueuse, intense, multiple.

Mais il semble bien que ces caractères ne soient pas très tranchés, surtout en ce qui concerne l'intensité de l'herpès, très variable avec les malades : certains, dans des cas de méningite herpétique, présentent un herpès isolé et discret, réduit à quelques vésicules.

Le siège de l'herpès, cutané ou muqueux, n'est pas plus caractéristique, comme le montrent les observations.

Au contraire, si l'on considère le mode d'évolution de l'herpès, plutôt que sa morphologie, on peut arriver à différencier les réactions cutanées des deux affections : dans la majorité des observations de méningites herpétiques, il semble y avoir un parallélisme étroit entre l'évolution des vésicules et celle de la réaction méningée, tant clinique qu'humorale.

L'herpès précède le début des accidents, ou plus souvent coexiste avec eux, mais évolue suivant le même rythme, atteignant son apogée à la phase d'état, et se flétrissant au moment où s'amendent les phénomènes méningés (Obs. I, III, IV, V, VI).

Il faut aussi noter dans les antécédents de ces malades la fréquence de l'herpès récidivant (Deux poussées à peu d'intervalle dans l'obs. VI, la deuxième contemporaine de la méningite).

Nous avons retrouvé dans l'histoire de notre malade une angine vraisemblablement herpétique.

De tels faits ne semblent pas avoir été signalés à propos de la méningite cérébro-spinale. On a décrit un cas d'éruption herpétiforme généralisée, ayant précédé cette dernière affection, mais ce cas paraît isolé (MONIER-VINARD).

Quant à l'herpès au cours des formes méningées de la poliomyélite antérieure aiguë et de la spirochétose ictéro-hémorragique, notons sa faible fréquence et son caractère transitoire, disproportionné avec la durée de ces affections. On n'a jamais signalé, à notre connaissance, son caractère récidivant.

Dans les formes méningées de l'encéphalite épidémique, l'herpès est rare. Ce fait paraît à première vue difficile à expliquer si l'on se rallie à la théorie moderne (unité du virus herpès-encéphalite). En réalité, le faible dermatotropisme du virus dans l'encéphalite rend très bien compte du phénomène clinique.

Au cours des méningites tuberculeuses et syphilitiques, et des réactions méningées ourliennes et rubéoliques, l'apparition d'herpès, en raison de son caractère exceptionnel et tout à fait épisodique, peut être considérée comme accessoire au point de vue clinique. Enfin, il faut signaler que dans quelques observations de méningites suppurées, on a remarqué l'apparition de phlyctènes du conduit auditif externe, précédant les symptômes méningés, et disparaissant avant que ces derniers ne s'installent.

S'agit-il ici d'herpès vrai ou de manifestations cutanées dues à un virus différent ? L'inoculation du

liquide des vésicules à la cornée du lapin, et l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien dans ces cas d'éruptions « herpétiformes », permettront peut-être d'éclaircir cette question. (CAUSSÉ, LOISEAU et GISSELBRECHT. Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, 8 juillet 1935).

En résumé, on voit que l'éruption herpétique paraît avoir au cours des méningites herpétiques une physionomie bien différente de celle de l'herpès au cours des autres méningites, et cela grâce à son parallélisme avec les autres signes de l'affection : elle semble, en un mot, être un élément important du tableau clinique.

CHAPITRE IV

PEUT-ON CONSIDERER LA MENINGITE HERPETIQUE COMME UNE ENTITE CLINIQUE ?

I. DONNÉES FOURNIES PAR LA CLINIQUE.

§ 1. — « *Méningites lymphocytaires curables* » et « *méningites herpétiques* ».

« La rapidité d'invasion, l'importance initiale et la prompte atténuation de la réaction méningée, sont des caractères un peu particuliers, qui contribuent à donner à cette méningite une physionomie un peu différente de celle des autres réactions méningées curables. » (ACHARD).

On a en effet décrit depuis plusieurs années des cas de méningites lymphocytaires curables, d'étiologie inconnue, et que l'évolution, les recherches de laboratoires négatives, ont permis de différencier des réactions méningées lymphocytaires survenant au cours de certaines affections cataloguées.

Les analogies marquées entre ces affections et les cas qui nous occupent posent un problème délicat.

Ce sont des affections bénignes, qui peuvent parfois revêtir l'aspect épidémique et saisonnier, et surviennent chez des sujets jeunes. (Widal.)

Elles sont caractérisées par un début brusque; le syndrome méningé est intense, avec assez souvent le trépied classique : céphalée, vomissements, constipation; parfois on note des troubles du pouls et de la respiration, de la somnolence, de la photophobie, avec inégalité pupillaire et troubles des réflexes tendineux.

La température est élevée, entre 38° et 39°5. Elle se maintient presque en plateau avec faibles oscillations, ou bien oscille plus franchement.

La durée totale de l'affection semble varier de deux à trois semaines, ayant plutôt tendance à être plus longue d'après les observations que nous connaissons. (APERT, WIDAL, LAUBRY, RIST.)

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu, clair, aseptique.

La lymphocytose est pure, abondante. Parfois des polynucléaires viennent s'y associer, mais alors les lymphocytes prédominent, dans un liquide stérile.

L'albumine est augmentée, et donne des chiffres forts. Toutes les réactions de laboratoire sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Cette affection, au bout de deux à trois semaines, guérit sans aucune rechute.

En somme, ce tableau clinique ressemble beaucoup à celui des méningites herpétiques.

Mais il existe des caractères distinctifs entre ces deux états méningés, et tout d'abord la présence d'herpès : plusieurs auteurs ont constaté sa présence chez certains malades et non chez d'autres, sans établir de distinction entre les deux groupes de cas.

Il est pourtant un fait à souligner, c'est que chez les malades présentant de l'herpès, la durée de l'affection était nettement plus courte. L'allure de la courbe thermique mérite une mention spéciale.

Dans une série de malades observés par WIDAL, la température tombe à la normale le 6^e et le 7^e jour chez ceux qui ont de l'herpès, et du 11^e au 15^e jour chez ceux qui n'en présentent pas.

Chez les malades de LAUBRY, la fièvre dure 20 et 28 jours. Chez ceux de RIST et ROLLAND, la chute de température se situe entre le 12^e et le 21^e jour. On voit donc que la durée des « méningites lymphocytaires curables » est nettement plus longue que celle des « méningites herpétiques ».

D'autre part le début en est assez progressif, en particulier l'apparition des céphalées, alors qu'il éclate bruyamment, en pleine santé dans les cas de méningites herpétiques.

Les caractères du liquide céphalo-rachidien sont, par contre, moins tranchés. On peut dire que, dans l'ensemble, les chiffres d'albumine sont plus forts dans les méningites lymphocytaires curables.

La lymphocytose est variable dans les deux cas, mais semble persister moins longtemps dans les méningites herpétiques.

En somme, on peut, au milieu du cadre des « méningites lymphocytaires curables », individualiser le groupe des « méningites herpétiques », mais ceci uniquement par la clinique, et sans préjuger de l'étiologie.

Le début plus brusque, l'évolution plus courte, l'existence d'herpès, la fugacité de la réaction lymphocytaire, l'albuminose plus faible, en constituent les caractères distinctifs.

C'est au laboratoire qu'appartient de préciser l'étiologie de ces deux « états méningés » qui se ressemblent cliniquement.

S'agit-il de deux affections distinctes, ou au contraire d'une même maladie empruntant deux modalités différentes suivant le degré de prédisposition herpétique des sujets ? L'expérimentation ne permet pas encore de le dire.

Cependant, nous devons souligner l'intérêt que présente la recherche de l'herpès au cours de toute méningite lymphocytaire qui n'a pas fait ses preuves bactériologiquement, et celle des poussées d'herpès dans les antécédents des deux catégories de malades. Il est à souhaiter que le nombre des inoculations du liquide céphalo-rachidien au lapin, aille en grandissant, et que l'on poursuive les recherches portant sur le caractère pathogène du « virus salivaire », à toutes les périodes de ces réactions méningées.

§ 2. — *Diagnostic différentiel
de la Méningite herpétique.*

Le plus souvent le diagnostic est relativement aisé. La ponction lombaire permet presque à coup sûr d'éliminer la méningite cérébro-spinale, par la seule constatation d'un liquide clair.

Le diagnostic ne peut hésiter que dans le cas de méningite cérébro-spinale à liquide clair au début, sans méningocoques à l'examen direct. Mais la constatation d'une polynucléose abondante et la culture permettent de faire le diagnostic.

D'ailleurs, le doute n'exclut pas la sanction sérothérapique, non plus que dans les cas exceptionnels de méningites herpétiques à liquide louche ou purulent. On peut aussi avoir à éliminer la méningite tuberculeuse, dans les cas très rares où elle s'accompagne d'herpès.

Le seul critère serait alors la recherche très minutieuse du B. K. dans le liquide céphalo-rachidien, par l'examen direct et la culture. L'inoculation au cobaye a en effet une valeur trop tardive.

L'albuminose, plus forte dans la méningite tuberculeuse, n'a pas une valeur absolue.

ACHARD a signalé, comme signes distinctifs de la méningite herpétique : une légère polynucléose sanguine, l'augmentation des protéines totales dans le sang, avec inversion du rapport sérine-globuline.

En tous cas, la présence d'herpès permet de por-

ter un pronostic très favorable qu'une guérison rapide vient confirmer.

Le diagnostic peut être plus délicat avec les formes méningées de la poliomyélite antérieure aiguë, avant le stade des paralysies, car l'herpès y est assez fréquent et la lymphocytose constante.

Mais la notion d'épidémicité, la leucopénie, et surtout la réaction de neutralisation du virus, permettent d'étayer le diagnostic. En dernière analyse, l'apparition des paralysies viendra trancher le problème. Cependant, il faut signaler la grande difficulté du diagnostic dans les formes frustes, avec paralysies légères et transitoires (NETTER).

La spirochétose ictéro-hémorragique, dans sa forme anictérique, pourrait, elle aussi, prêter à confusion. Parfois, la clinique ne suffit pas à l'éliminer, et il faut avoir recours à la recherche du spirochète dans le sang les urines et le liquide céphalo-rachidien. L'inoculation au cobaye donne un signe de certitude. Dans les cas douteux, le séro-diagnostic de MARTIN et PETTIT, l'épreuve des immunisines, tranchent la question, mais seulement à la phase sérologique, comme cela se produisit dans un cas d'APERT et BROCA.

Nous citerons pour mémoire les méningites syphilitiques aiguës, où l'herpès est exceptionnel, la réaction cytologique plus durable, et les réactions spécifiques positives.

Une seule observation mentionne un B. W. positif dans le liquide céphalo-rachidien au cours d'une

méningite herpétique, mais contredit par des examens répétés (LÉRI et LIÈVRE).

Mentionnons les réactions méningées zostériennes, ourliennes, otitiques, rubéoliques, bien caractérisées par les signes de l'affection causale, et ne pouvant prêter à confusion.

Plus intéressante est la question des réactions méningées lymphocytaires qui peuvent survenir au début d'une Pneumonie.

On peut se demander avec AUBERTIN si elles ne seraient pas dues au virus herpétique, surtout chez l'enfant, où l'herpès est fréquent et intense.

Il faut cependant faire la part de la grande facilité avec laquelle les méninges réagissent chez l'enfant, et attendre que l'expérimentation vienne juger cette hypothèse.

Enfin, l'encéphalite épidémique à forme méningée pose un problème extrêmement délicat.

Etant donné son polymorphisme, elle peut, lorsqu'elle s'accompagne d'herpès, être difficile à distinguer d'une méningite herpétique. On y trouve en effet la même dissociation albumino-cytologique.

L'hyperglycorachie est un signe distinctif. Mais on ne peut demander la certitude qu'au laboratoire. Or, si l'on considère les travaux modernes qui démontrent l'identité des virus de l'herpès et de l'encéphalite, (LEVADITI), on voit que la complexité du problème est grande.

En somme, on peut arriver à distinguer cliniquement la méningite herpétique des méningites lym-

phocytaires curables d'une part, et des méningites s'accompagnant d'herpès d'autre part.

Seule la distinction avec les formes méningées de l'encéphalite épidémique n'est pas encore nettement établie. Il convient donc de reconnaître l'existence clinique de la méningite herpétique, et d'attendre que les progrès de l'expérimentation lui donnent une place bien définie dans la pathologie.

II. DONNÉES FOURNIES PAR L'EXPÉRIMENTATION.

RAVAUT et DARRÉ, en 1904, ont eu le mérite de signaler la présence presque constante d'une lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien de sujets herpétiques, sans réaction méningée clinique.

Sur 26 herpétiques, ils ont observé 21 fois une lymphocytose plus ou moins importante, mais toujours exclusive.

On peut en déduire, non pas la présence du virus herpétique dans le liquide céphalo-rachidien, mais l'existence chez la majorité des herpétiques d'une certaine irritation méningée de cause indéterminée.

Il était logique de chercher à établir un rapport entre cette irritation et le virus herpétique, et pour ce faire, d'essayer de démontrer la présence du virus dans le liquide céphalo-rachidien de sujets herpétiques.

Cette hypothèse a guidé toute une pléiade de

chercheurs; mais il convient tout d'abord de signaler le nombre des essais infructueux.

SCHNABEL, inoculant le liquide céphalo-rachidien de 4 herpétiques à localisation génitale à la cornée du lapin, n'a pu obtenir que des résultats négatifs ou douteux.

DOERR et ZDANSKY ont inoculé à la cornée du lapin et par la voie sous dure-mérienne du liquide céphalo-rachidien et même des centres nerveux de sujets atteints d'herpès labial pneumonique, sans plus de succès.

LEVADITI, NICOLAU et POINCLoux, au cours de plusieurs cas d'herpès récidivant n'ont obtenu aucun résultat en inoculant le liquide céphalo-rachidien de ces malades à la cornée et l'encéphale du lapin.

TEISSIER, GASTINEL et REILLY ont étudié le liquide céphalo-rachidien de sujets présentant un herpès spontané, un herpès provoqué, une méningite herpétique. Aucun résultat.

On eut aussi l'idée de rechercher le virus dans le liquide céphalo-rachidien et dans l'encéphale de sujets morts d'une affection autre que l'herpès ou l'encéphalite. Ces expériences, pour la plupart, ne furent pas concluantes. (DOERR, ZDANSKY, SCHNABEL, LEVADITI, FLEXNER).

Pourtant, à côté de ces échecs répétés, certains auteurs paraissent avoir obtenu une confirmation expérimentale.

RAVAUT et RABEAU inoculèrent le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien d'herpétiques à

la cornée de plusieurs lapins : ils obtinrent des lésions de kératite. Mais ces expériences ne sont pas décisives, ces auteurs n'ayant pas réalisé le passage du virus sur d'autres lapins, et la kératite ne présentant pas l'aspect histologique de la kératite herpétique.

BASTAI et BUSACCA inoculèrent sous la dure-mère du lapin le liquide céphalo-rachidien de malades atteints d'herpès récidivant de la lèvre.

Les animaux moururent d'encéphalite herpétique; le virus fut entretenu en série, et se montra kératogène pour le lapin. Il fut inoculable à l'homme sur la peau (herpès) et la cornée (kératite), et fut même retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien de ces sujets.

Ces expériences paraissent concluantes.

Certains auteurs les considèrent cependant comme sujettes à caution, de par les conditions dans lesquelles elles furent réalisées (LEVADITI).

Il y a donc lieu d'attendre que d'autres expériences analogues viennent les confirmer.

Enfin, l'expérience de FLEXNER et AMOSS a une très grande valeur : il s'agit d'un malade traité pour une vieille syphilis nerveuse. L'inoculation de son liquide céphalo-rachidien au lapin permit d'y déceler un virus hératogène qu'on put entretenir par passages successifs; ce virus se montra aussi pathogène par voie cutanée, sanguine et testiculaire.

Cette observation ne mentionne pas, il est vrai, si le sujet était un herpétique. Toutefois, elle montre

nettement que le virus herpétique peut exister dans le liquide céphalo-rachidien de certains sujets, en apparence bien portants, et oriente l'esprit vers la conception de « porteurs de germes » herpétiques.

En somme, parmi les recherches portant sur le liquide céphalo-rachidien des herpétiques, il y a quelques essais concluants pour beaucoup d'échecs.

On peut expliquer ce fait de plusieurs façons : Tout d'abord, la réaction lymphocytaire, au cours des méningites herpétiques, est essentiellement fugace. (AUBERTIN, LÉRI). La plupart des observations montrent qu'elle diminue très rapidement. Quoi d'étonnant à ce qu'on n'ait pu caractériser la présence du virus dans le liquide au moment des ponctions ?

D'ailleurs, les inoculations du liquide céphalo-rachidien au début de la réaction méningée, ont été très rarement réalisées. Il est probable que c'est à cette période, où la réaction est intense, que le virus doit pulluler. D'autre par, LEVADITI souligne combien il est difficile d'inoculer l'encéphalite épidémique humaine au lapin. On conçoit facilement des difficultés analogues quand il s'agit du virus herpétique, variante du virus encéphalitique (théorie de l'unicité).

Enfin, de nombreux travaux ont démontré l'affinité tissulaire du virus herpétique. Rappelons aussi le fait que ce virus ne peut pas conférer une immunité sérique, alors qu'il détermine une immunité tissulaire. Par conséquent, même si elle était constante, l'absence du virus dans le liquide céphalo-rachidien des herpétiques ne permettrait pas d'éliminer sa présence dans les tissus baignés par ce liquide.

En résumé, les données expérimentales permettent de concevoir que dans les « Méningites herpétiques » le virus de l'Herpès puisse jouer un certain rôle pathogène, mais il convient d'attendre que l'expérimentation vienne définir exactement son rôle dans la genèse de ces réactions méningées.

CHAPITRE V

ESSAI DE PATHOGENIE

Nous possédons depuis longtemps la notion de l'infection herpétique, comme en témoignent les descriptions de la « fièvre herpétique » des anciens auteurs.

Plus récemment, l'herpès, infection spécifique, est entré dans le domaine de la pathologie, ainsi que son caractère neurotrophe.

Cette affinité pour le tissu nerveux se retrouve dans plusieurs faits cliniques, et avant tout dans l'herpès génital névralgique décrit par MAURIAC :

Un sujet est pris de névralgies d'une violence extrême, avec irradiations très nettement délimitées : sciatiques, lombaires, génito-urinaires, anales. Ces douleurs se calment en deux jours, puis apparaît une éruption d'herpès génital. Les névralgies peuvent récidiver, s'accompagnent chaque fois d'une nouvelle poussée d'herpès.

Philibert a décrit un cas voisin, dans lequel des poussées d'herpès récidivant s'accompagnaient chaque fois d'une névralgie à topographie différente : brachiale, cervicale, phrénique, angineuse, ou d'une crise de tachycardie paroxystique.

Les expériences d'inoculation directe ont démontré amplement l'affinité élective du virus herpétique pour les téguments, les muqueuses et les tissus nerveux qui dérivent d'une même source : l'ectoderme. (LEVADITI).

Bien plus, on a démontré la propagation nerveuse du virus herpétique : inoculé dans le nerf sciatique du lapin, il lui confère l'encéphalite typique, mortelle. Inoculé par voie cérébrale, il lui donne aussi l'encéphalite, et on peut retrouver le virus dans le nerf optique et dans la rétine. (LEVADITI, HARVIER et NICOLAU).

L'existence de cette « neuroprobasie » est donc un fait certain :

« Les virus neurotropes, introduits dans un point quelconque du protoneurone, progressent du centre vers la périphérie, pour cette raison que, se multipliant de proche en proche, ils vaccinent derrière eux les segments cylindraxiles leur ayant servi de milieu de culture » (LEVADITI).

A côté de cet élément pathogénique, il faut signaler le rôle des traumatismes dans la localisation nerveuse de l'herpès.

Rappelons à ce propos l'observation II (chute avec perte de connaissance, suivie d'une méningite herpétique). Ces conditions ont été réalisées chez l'animal :

Un lapin reçoit un choc sur la tête. Si on lui injecte du virus herpétique dans les veines, il meurt d'encéphalite. Cette injection est sans effet sur le la-

pin non traumatisé. L'expérience réussit aussi en remplaçant le choc par une injection intrarachidienne d'eau distillée ou de sérum. (LE FÈVRE, DE ARRIC et MILLET); par une piqûre aseptique du cerveau ou une inoculation cérébrale d'une culture de B. K. (LEVADITI et NICOLAU, VERATTI et SALA.)

Les traumatismes les plus divers peuvent produire chez l'homme une influence analogue.

ACHARD et LAUBRY ont vu, à la suite d'injections intra-rachidiennes de cocaïne, apparaître un herpès de la face avec température et céphalée.

CLÉMENT, SIMON et PAUTRIER ont observé, après rachianesthésie, des phénomènes méningés avec monocytose et herpès cutané.

Tous ces faits prouvent bien que l'infection herpétique peut parfaitement se localiser sur le névraxe à la suite d'un traumatisme quelconque.

D'autres irritations peuvent exalter la virulence du germe herpétique :

Les irritations locales, telles qu'avulsions dentaires, sinusites, rhinopharyngites..

Rappelons que notre malade venait de subir une intervention nasale, et présentait dans ses antécédents une sinusite (obs. I); plusieurs observations notent une pharyngite.

Les modifications humorales interviennent aussi (choc vaccinal, inoculation de protéines bactériennes, menstruation, etc...) de même que les infections.

Il serait fastidieux d'énumérer les innombrables facteurs qui réalisent un « trouble de l'équilibre

plasmatique » à la faveur duquel s'exalte la virulence du germe herpétique (GASTINEL).

Grâce à la diversité de ces influences, tantôt visibles, tantôt latentes, on peut être conduit à supposer que le virus herpétique puisse déterminer une réaction méningée.

*
**

Nous nous rallions à la Théorie de l'unicité de LEVADITI et HARVIER, qui s'énonce de la façon suivante :

Le virus de l'herpès préexiste dans la salive et dans le rhino-pharynx, à l'état latent.

« Le virus salivaire, le virus de l'herpès, le virus encéphalitique, ne sont que des variantes à pouvoir pathogène inégal, à neurotropisme progressivement croissant d'un même germe filtrable : l'ultra-virus encéphalitogène ».

Cette théorie, démontrée par des expériences nombreuses d'immunité croisée, rend compte de tous les faits : le virus herpétique, à la faveur d'un fléchissement du « tonus immuno-trophique » au niveau du système ectodermique (peau-nerf sensitif-métamère névraxique) peut devenir virulent, pouvant produire toute la gamme des atteintes herpétiques : herpès cutané ou muqueux, herpès névralgique, et peut-être dans un troisième stade, méningite herpétique.

« Le germe, présent à un moment donné dans la circulation sanguine, se localisera sur un point donné de l'arc neuro-tégumentaire. Grâce à sa neu-

roprobasie, il se propagera aussi bien vers le mérotome névraxique que vers le métamère cutané. »

Il pourra se localiser « sur l'ensemble du trajet ou sur certaines de ses parties constituantes » (LEVADITI).

On conçoit alors tout naturellement le mécanisme de la méningite herpétique.

Mais il paraît alors difficile de comprendre pourquoi le même germe produirait chez certains sujets une réaction méningée bénigne, et chez d'autres une encéphalite.

On est donc conduit à admettre que le stade d'infection méningée représenterait une forme intermédiaire entre le dermatropisme pur du virus atténué qui donne l'herpès et le neurotropisme pur du virus exalté qui donne l'encéphalite.

Les voies d'accès aux méninges seraient directes, de la pituitaire à la face inférieure du cerveau, en suivant les gânes du nerf olfactif, à travers la lame criblée de l'ethmoïde, ou indirectes, par la circulation sanguine.

En résumé, nous devons retenir que l'herpès, infection spécifique et inoculable, douée de neurotropisme et de neuroprobasie, peut jouer un rôle dans l'étiologie des « méningites herpétiques ».

En élargissant le champ de l'expérimentation chez les herpétiques, on peut espérer arriver à préciser la genèse de ces « états méningés ».

CHAPITRE IV

THERAPEUTIQUE

Le traitement de la méningite herpétique est restreint, du fait de l'évolution rapide et bénigne de cette affection.

Le repos complet et la diète lactée sont de mise pendant la période fébrile, suivis d'une réalimentation progressive.

La ponction lombaire soulage considérablement les malades et constitue un excellent moyen, à la fois diagnostic et thérapeutique. (MONIER-VINARD, LANCET). On peut la répéter sans danger si les céphalées persistent.

L'adjonction des analgésiques (opium, chloral), peut se montrer utile, ainsi que la vessie de glace sur la tête, si les phénomènes méningés sont très intenses.

On veillera au fonctionnement intestinal.

Le traitement prophylactique consiste à soigner les rhino-pharyngites, les sinusites négligées, les affections dentaires, etc... par un traitement approprié et une bonne désinfection.

L'emploi des anesthésiques locaux tels que la cocaïne doit être judicieusement étudié, et nous avons vu qu'il peut être le point de départ des accidents (G. WEILL).

CONCLUSIONS

1) L'observation montre que l'herpès peut s'accompagner de phénomènes méningés avec anomalies du liquide céphalo-rachidien.

2) Cette méningite herpétique se caractérise cliniquement par : ,

la brusquerie du début,

la rapidité de l'évolution,

la bénignité du pronostic,

l'absence de séquelles dans la règle.

— Au point de vue humoral, par des altérations du liquide céphalo-rachidien :

Lymphocytose nette et pure, dissociée de l'albuminose légère, dans un liquide clair et aseptique.

3) La méningite herpétique diffère des autres « méningites lymphocytaires curables » par quelques caractères cliniques : début plus brusque, évolution plus courte, présence d'herpès, réaction lymphocytaire plus fugace, albuminose plus faible.

Elle s'oppose aux diverses méningites aiguës s'accompagnant d'herpès.

4) Il est intéressant, au cours de toute méningite lymphocytaire curable qui ne fait pas ses preuves, de rechercher l'herpès cutané et muqueux, chez les malades et dans leurs antécédents; d'examiner sys-

tématiquement la gorge; de pratiquer couramment des inoculations du liquide céphalo-rachidien au lapin.

5) L'expérimentation démontre :

La spécificité du virus herpétique;

La possibilité d'obtenir un herpès expérimental en portant du liquide céphalo-rachidien de certains herpétiques, mais d'une façon encore très inconstante;

Le passage du virus sur plusieurs animaux, dans ces cas.

On peut, pour toutes ces raisons, admettre l'existence d'une méningite herpétique clinique, en attendant que l'expérimentation lui attribue une place bien définie dans la pathologie.

6) Pour en expliquer le mécanisme, il faut se rallier à la théorie de l'unicité (LEVADITI et HARVIER) : identité du virus herpétique et de celui de l'encéphalite épidémique.

7) La thérapeutique de la méningite herpétique est réduite au minimum (ponction lombaire), en raison de l'évolution spontanée vers une guérison rapide.

Vu : Le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu . Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Herpès et méningite. *Journal des praticiens*, 22 oct. 1932.
- APERT et BROCA. — Méningite lymphocytaire. *Presse Médicale*, 20 déc. 1922.
- AUBERTIN et FLEURY. — La méningite herpétique. *Monde Médical*, 15 mai 1930.
- CAUSSADE et LOGRE. — *Soc. Médicale Hôpitaux, Paris*, 19 janvier 1912.
- CAUSSÉ, LOISEAU et GISSELBRECHT. — *Soc. de Laryng. Hôp.* 8 juillet 1935.
- CROCHON. — Herpès et Encéphalite. *Th. Montpellier*, 1926-27.
- FLEXNER. — *The Journal of the american méd. assoc.*, 1923, p. 1688.
- GALLIARD et BAUFLE. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 28 oct. 1910.
- GASTINEL. — Le virus herpétique et l'herpès expérimental. *Revue Médicale française*. Fév. 1931.
- GASTINEL et REILLY. — Herpès et Zona. in traité de Pathologie de SERGENT, 1923.
- LANCET. — *Monde Médical*, 1^{er} déc. 1925, p. 948.
- LAUBRY et PARVU. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 oct. 1910.
- LE FÈVRE DE ARRIC. — *Soc. Belge de Biologie*, in *Soc. Biologie*, 28 fév. 1925.
- LE FÈVRE DE ARRIC et MILLET. — *Soc. Belge de Biologie*, in *Soc. Biologie*, 30 mai 1925.
- LÉPINE et LEVADITI. — *Compte rendu Académie des Sciences*, 11 fév. 1929, p. 518.
- LÉRI et LIÈVRE. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 juillet 1930.
- LEVADITI. — Ectodermoses neurotropes. Paris. Masson, 1922.
- Herpès et Zona. Paris, Masson, 1926.
- *Paris Médical*. Janvier 1925, p. 97.
- *Paris Médical*. Juin 1925, p. 573.

LEVADITI et NICOLAU. — *Soc. Biol.*, 6 juin 1925.

MAGUNA. — Les voies d'infection nasale de la Méningite.
Thèse Bordeaux, 1901.

NETTER. — « A propos de la communication de MM. RIST
et ROLLAND ». *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 oct. 1910, p. 249.

NICOLAU. — Herpès et Encéphalite. *Soc. Biol.*, 28 fév. 1925.

NOBÉCOURT. — *Bulletin Acad. Sciences*, 1925, p. 771.

PHILIBERT. — Méningite herpétique. *Progrès Méd.*, 5 déc. 1923.

RATHERY. — Mén. lymphocyt. curable. *Science Méd. prat.*,
1934, p. 580.

RAVAUT et DARRÉ. — *Annales de Dermat. et Syph.* Juin 1904.

RAVAUT et RABEAU. — *Soc. de Biol.*, 1921, p. 1132.

REMLINGER et BAILLY. — *Soc. de Biol.*, 7 nov. 1925.

RIST et ROLLAND. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 oct. 1910.

SENDRAIL. — *Pratique Méd. française*, N° 10 bis. Oct. 1929,
p. 343.

TEISSIER, GASTINEL et REILLY. — *Soc. Biol.*, 1926, p. 377.

WIDAL, LEMIERRE, COTONI et KINDBERG. — *Soc. Méd. Hôp.*,
28 oct. 1910.

